


Onderwerp Beantwoording vragen ex. art. 36 RvO GroenLinks en SP over
gezondheidsverschillen door sociaaleconomische factoren bij
kankerdiagnoses
ter informatie
Steller Marieke Zwaving

De leden van de raad van de gemeente Groningen
te
GRONINGEN

Telefoon	(050) 367 7623	Bijlage(n)		Ons kenmerk	38940-2023
Datum	15-02-2023	Uw brief van	23-01-2023	Uw kenmerk	

Geachte heer, mevrouw,

Op 17 januari jl. werd de “Nederlandse kankeratlas” gelanceerd, een serie kaarten van het Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL).¹ De kaartenserie toont de geografische verschillen betreffende het optreden van verschillende typen kanker. De atlas illustreert op postcodeniveau waar Nederlanders in de periode 2011-2020 relatief vaak of zelden een bepaald type kanker kregen. Uit de verschillende kaarten blijkt dat verschillende soorten typen kanker niet gelijk over Nederland zijn verdeeld.

De verschillen in diagnoses zijn interessant omdat er vaak iets aan te doen is (aldus het IKNL). Verschillen zijn vaak te relateren aan sociale ongelijkheid (c.q. de gezondheidsverschillen tussen arm en rijk). In de sociaaleconomisch kwetsbare bevolkingsgroepen wordt bijvoorbeeld meer gerookt en is vaker sprake van overgewicht.

Voor de gemeente Groningen valt op dat long- en halskanker in de noordelijke wijken vaker voorkomen dan in de andere wijken en dorpen.

Naar aanleiding van dit onderzoek hebben de fracties van GroenLinks en SP vragen ex. art.36 RvO aan het college gesteld die wij als volgt beantwoorden.

¹ www.iknl.nl/kankeratlas

Vraag 1

De atlas maakt duidelijk dat sociaaleconomische factoren een grote rol spelen in de kans op longkanker. Deelt het college deze analyse?

De atlas bevestigt wat we in zijn algemeenheid al weten over de relatie tussen leefomgeving, leefstijl, sociaaleconomische positie van mensen en ziektelast. Dat verschillende typen kanker op postcode-niveau zichtbaar zijn gemaakt is interessant.

Kanttekeningen

Een belangrijke kanttekening is dat het onderzoek terugkijkt in de tijd: omdat tumoren zich langzaam ontwikkelen, zit er veel tijd tussen blootstelling aan schadelijke factoren en het daadwerkelijk optreden van kanker. Het betreft hier een terugblik van decennia, dat maakt het interpreteren van de uitkomsten lastig.

Een andere belangrijke kanttekening is dat een correlatie niet automatisch een oorzakelijk verband aantoont. Voorbeeld: meer huidkanker in de kuststreken. Komt huidkanker hier vaker voor omdat de zon daar meer schijnt? Of speelt gedrag een rol, gaan mensen vaker naar het strand of is er nog een andere reden? Dat kun je op basis van dit onderzoek niet stellen.

Ten aanzien van de specifieke vraag over longkanker melden wij het volgende (bron: GGD): *Longkanker is inderdaad een dodelijke kankersoort:*

<https://iknl.nl/nieuws/2022/overleving-kankerpatienten-stijgt,-maar-niet-bij-a>.

Longkanker is echter niet de meest voorkomende kanker volgens het [IKNL](#). Huid-, borst- en darmkanker komen vaker voor. Wel komt longkanker relatief t.o.v. het Nederlandse gemiddelde in deze wijken vaak voor.

Het opleidingsniveau of de sociaaleconomische positie zorgen er op zich er niet voor dat mensen gaan roken en daarmee een grotere kans hebben op longkanker. 80% van de longkanker wordt veroorzaakt door roken, 10% door omgeving. Wel blijkt dat mensen met een minder goede sociaaleconomische positie (over het algemeen) ongezonder gedrag vertonen: <https://www.vzinfo.nl/roken/opleiding>.

Aangezien mensen met een minder goede sociaaleconomische positie vaak in dezelfde buurt wonen, zien we dat longkanker meer voorkomt in de noordelijke stadswijken (maar ook bijvoorbeeld Oost-Groningen). Om die reden overlapt de distributie van longkanker over de wijken met de distributie van sociaaleconomische status:

<https://www.regiobeeld.nl/sociale-omgeving?gemeente=Groningen>

Samenvattend:

De sociaaleconomische positie (gerelateerd aan leefomgeving en leefstijl) vormt naast andere (bijvoorbeeld erfelijke) factoren een risicofactor bij het ontwikkelen van bepaalde typen kanker maar deze ziekte ontstaat altijd door een combinatie van factoren waarbij oorzaak en gevolg niet altijd zo eenduidig zijn.

Vraag 2

In het nieuwe gezondheidsbeleid (Gezond Leven in 050) dat in op 1 januari 2023 in werking is getreden, is veel aandacht voor de preventie. Hoe weegt het college de

cijfers uit de kankeratlas in relatie tot het gezondheidsbeleid? Ziet het college de noodzaak om de cijfers uit de atlas te gebruiken voor het monitoren van het gezondheidsbeleid?

De ambitie van het nieuwe gezondheidsbeleid is de sociaaleconomische gezondheidsverschillen te verkleinen en het aantal gezonde jaren van onze inwoners te vergroten. Binnen deze ambitie richten we ons op vier uitdagingen: *gezonde basis* (verbeteren van de bestaanszekerheid); *een gezonde leefomgeving* (die de gezondheid van bewoners positief beïnvloedt); *gezond gedrag* (stimuleren van gezonde keuzes); *gezonde geest* (betekenisvolle relaties en activiteiten).

Preventie is het uitgangspunt en focus op de noordelijke wijken waar de grootste gezondheidsverschillen zijn c.q. de grootste gezondheidswinst is te halen. Roken is al jaren een belangrijk aandachtsgebied van het gezondheidsbeleid en wordt straks onderdeel van een breder beleid 'middelengebruik'. In het nieuwe gezondheidsbeleid hebben we een indicatorenset opgenomen aan de hand waarvan we ons beleid meten. Voor de monitoring maken we onder meer gebruik van de cijfers van de GGD, CBS en onze basismonitor (c.q. wijkkompassen). Ook de kaarten van het IKNL kunnen hierbij behulpzaam zijn.

Vraag 3

Sociaaleconomische factoren spelen een grote rol bij het ontwikkelen van bepaalde ziektes, zoals long- en halskanker. Het is daarom belangrijk om gezondheidsbeleid ook te betrekken bij wijkvernieuwingplannen en nieuwbouwplannen. Is het college dat met ons eens? Zo ja, in hoeverre wordt dat nu betrokken bij deze plannen? Zo nee, waarom niet?

Op zichzelf staande interventies zijn niet toereikend zijn om de gezondheid van onze inwoners te verbeteren. Gezondheidsverschillen worden bepaald door een combinatie van factoren die voor iedereen op een andere manier met elkaar verweven zijn. Denk aan aanleg en erfelijkheid, afkomst, opleiding, inkomen, woon- en leefomgeving, chronisch ziek zijn, het hebben van een beperking en toegang tot zorg. Maar ook gezondheidsvaardigheden spelen een rol. Oftewel, de mate van kennis over wat wel en niet gezond is en het vermogen om hierin zelf de regie te nemen.

Deze factoren zijn niet of moeilijk te beïnvloeden vanuit het gezondheidsbeleid, maar in bepaalde gevallen heeft ander gemeentelijk beleid er wel (indirect) effect op. Denk aan de relatie tussen gezondheidsbeleid en armoedebeleid, onderwijs, kwaliteit van de leefomgeving, maar ook aan preventief jeugdbeleid (pesten, kindermishandeling) en beleid op het terrein van openbare orde en veiligheid. In het coalitieakkoord erkennen we deze diverse factoren. We werken hieraan vanuit ongelijk investeren voor gelijke kansen, bijvoorbeeld in de noordelijke wijken.

Daarom is ons gezondheidsbeleid integraal: we nemen het belang van gezondheid zoveel mogelijk mee in de beleidsontwikkeling en -uitvoering van andere opgaven binnen het fysieke en sociale domein. Naar het voorbeeld van de *Health in All Policies*-aanpak (HiAP) waar de World Health Organization zich sinds 2011 hard voor maakt. We beschouwen het verbeteren van gezondheid dus als een sociale, fysieke en

economische opgave, een gedeelde verantwoordelijkheid waar we samen met vele partners in het werkveld aan werken. Dat doen we niet alleen lokaal maar ook regionaal binnen het Preventie Overleg Groningen (POG). Door schotten tussen beleidsdomeinen weg te halen, kunnen we meer preventief werken aan gezondheidsvraagstukken. Denk bijvoorbeeld aan de afstemming met het fysieke domein over de inrichting van wijken met groen, speelruimte en ontmoetingsplekken. In dit licht zijn ook de bewonersinitiatieven belangrijk; de vertrouwde gezichten in de wijkcentra, de vele activiteiten die buurtbewoners zelf organiseren zoals het koken van een gezonde hap, de buurttaxi, het inrichten en onderhouden van moestuinen, de taalcursussen et cetera.

Vraag 4

Hoe gaat het college partners betrekken bij dit vraagstuk? Denk hierbij aan de WIJ-teams, huisartsen, gezondheidscentra, kennisinstellingen en andere ketenpartners?

Zoals boven al beschreven is het gezondheidsbeleid integraal. Sinds 2017 werken we intensief samen met onze (Akkoord)partners: ziekenhuizen, kennisinstellingen, MBO, GGD en maatschappelijke partners. Deze lokale en regionale samenwerkingsverbanden zijn geformaliseerd. In dit verband is ook de samenwerking met de gebiedsteams relevant, waar fysiek en sociaal worden verbonden en gezondheidsverbetering in de noordelijke wijken een belangrijk aandachtspunt is. Kortom: de partners zijn al betrokken bij dit vraagstuk.

Wij vertrouwen erop u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd.

Met vriendelijke groet,
burgemeester en wethouders van Groningen,

burgemeester,
Koen Schuiling

secretaris,
Christien Bronda

Deze brief is elektronisch aangemaakt en daarom niet ondertekend.